

## Bronchológiai segítséggel kiderített sebészeti eseteink

**Dr. Füzesi Kristóf**

Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika

Osztályunknak nem fő profilja a mai est témája és tapasztalatunk sem ér fel az estére meghívott bronchológiai ismert és elismert jeles szakemberekével.

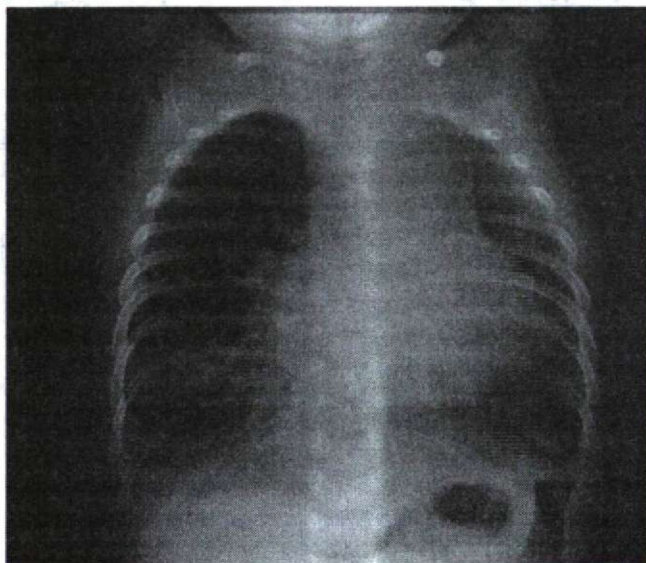
Különleges hálát érzek és fejezem ki köszönetemet Székely Edgár tanár úrnak, aki pontosan 30 évvel ezelőtt volt olyan kedves fogadni engem néhány hétre, hogy megpróbáljon a gyermek bronchológia rejtelmeibe bevezetni. Az osztályon látott professzionista szinten végzett munka, oktatási módszerük és azon lehetőség, hogy felügyelettel jelentős számú beavatkozást végezhettem eredményezte azt, hogy osztályunkon végül is beindult a bronchológiai ténykedés. A profilunkból adódóan nem mindennapos ténykedés formájában műveltük ezt, hanem pulmonológusaink kérésére végeztünk nem túl gyakran diagnosztikus beavatkozásokat és különleges kihívást jelentett a többnyire szállítást el nem viselő, súlyos állapotban lévő idegentest aspirált gyermekek problémájának megoldása. A klinika igen jól működő intenzív osztálya, tapasztalt anaesthesiológiai szolgálat lehetősége olyan biztonságos háttérrel nyújtott, hogy végül is sikeresen oldottuk meg ezen eseteket. Idegentest gyűjteményünk igazolja ezen nagy izgalommal járó kockázatos beavatkozások nyújtotta sikerélményt, ugyanis a közel fél ezer beavatkozás produktumát tartalmazza.

Előadásomban nem a bronchológiai téma az elsődleges, hanem három eset bemutatására korlátozom azt, amelyek megoldásában a bronchológia diagnosztikus és terápiás segítséget nyújtott.

### *1. eset:*

Koraszülött ikerterhességből származó leány magzat táplálási zavar miatt a Gyermekgyógyászati Újszülött Osztályára került. Az ott elvégzett vizsgálatok szívfejlődési rendellenességet, ventricularis septum defectust, ductus arteriosus persistens igazoltak szívdecompensatioval. Klinikai és radiológiai vizsgálatok jobb felső lebenyre lokalizált pneumóniát igazoltak. Két hónapos korában került a csecsemő klinikánkra, ahol ismételt felső légúti infekciók során fellépő jobb felső

lebeny pneumoniát észleltünk, amikor is a jobb oldali mellkasfél felső harmadában kifejezett transparentia fokozódás volt kimutatható. 3 hónapos korában szív műtét történt, pulmonalis banding és ductus ligatura. A postop. események közül említést érdemel a persistáló tachydyspnoe, az endotrachealis tubussal összefüggő lélegeztetési nehézségek, szövődmények. Hosszantartó gépi lélegeztetés mellett a jobb felső tüdőmező transparentia fokozódása persistált. (1. kép)



*1. ábra  
A jobb felső  
tüdőmező  
transparentia  
fokozódása mellkas  
röntgen felvételen*

Bronchoscopiát végeztünk, amelynek során felfedésre került a jobb felső tüdőmező klinikai és radiológiai problémája: trachealis hörgőt találtunk, amely a trachea középső harmadában jobb oldali irányban került észlelésre. A jobb felső lebeny hörgő lefutása tompaszögű volt, egyébként a többi hörgő eredése szabályos volt. Perfúziós tüdő scintigraphiát végeztünk, amely minimális perfúziót mutatott a jobb tüdő felső lebenyének megfelelően.

Műtét történt, amelynek során jobb oldali hónaljmitszésből feltártuk a jobb mellüreget és a fölös, a jobb hilus fölött eredő lebenyt lege artis eltávolítottuk. A postoperatív szak zavartalan volt. Szövettani vizsgálat alátámasztotta az accessoricus tüdőlebenyt lymphangiectasiával.

A sikeres műtét után a csecsemő további fejlődése zavartalan volt.

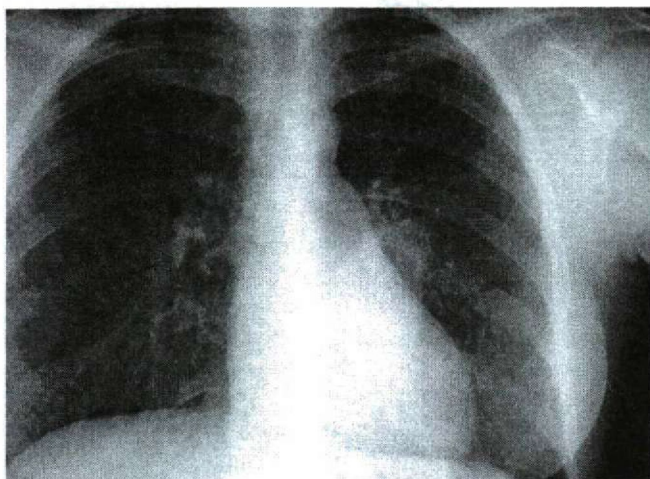
Az eset tisztázásában a bronchoscopos beavatkozásnak oroszlánrésze volt.

## *2. eset*

14 éves leánynál két évvel korábban történt először vérköpés, amit akkor az orrból illetve szájából eredő, lecsurgó vérnek tulajdonítottak emiatt kivizsgálás nem történt. Felvétele előtt két héttel erős köhögési roham után friss vér jelent meg köpetében. A köpetben észlelt vér a továbbiakban is előfordult és az mindig csak köhögés kapcsán jelent meg.

Mellkas röntgen a bal alsó lebeny intralobalis tüdő sequestratio gyanúját vetette fel. Miután haemoptoe nem jellemző tünet sequestratióra, ezért további tisztázás céljából bronchoscopiát végeztünk. (2. kép)

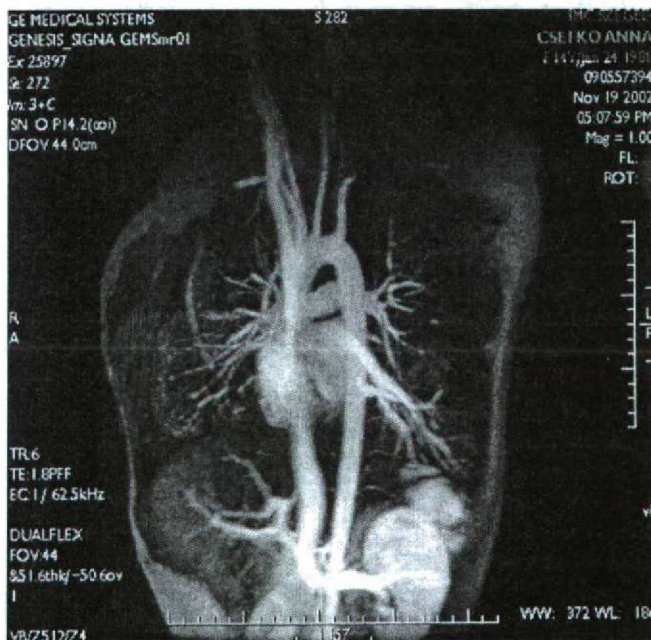




2. ábra  
A bal tüdőhilusban  
látható eltérés tüdő  
sequestratio  
gyanúját veti fel

Bronchoscopea során ép trachea és hörgőrendszer mellett a bal alsó lebeny hörgőből megtört vér ürülését észleltük.

A röntgen kép és a bronchoscopea együtt a felvetett diagnózist valószínűsítette, ezért még egy vizsgálatot az MR angiot is elvégeztünk. A vizsgálat igazolta a sequestratio jellemző anomáliát, nevezetesen az aortából közvetlenül a tüdőhöz vezető ér jelenlétét. (3. kép)



3. ábra  
MR angiográfián az  
aortából eredő ér  
látható

Műtét során a bal mellüreg feltárásnál észleltük, hogy az alsó lebeny légtartalma csökkent, a visceralis pleura alatt áttűnő kóros érrajzolat látható. Az aortából eredő kóros artériát lekötöttük és lege artis bal alsó lebeny lobectomiát végeztünk.

Szövettani vizsgálat intralobalis tüdő sequestratiót mutatott.

A postoperatív szak zavartalan volt, a bal felső lebeny expandált és hamarosan kitöltötte az egész bal mellkasfelet.

Az eset érdekessége, hogy bronchológiai segítséggel sikerült igazolni egy nem jellemző tüneteket produkáló tüdő sequestratio fennállását.

### 3. eset:

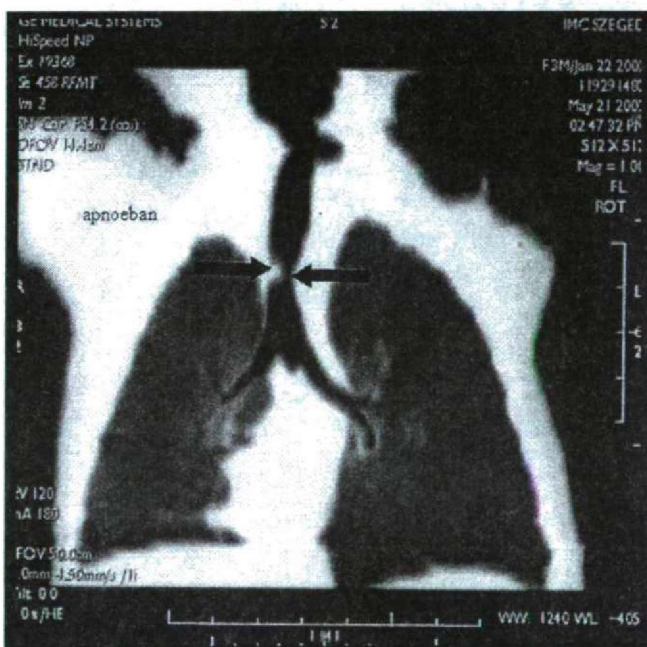
33 terhességi héten született hüvelyi úton 1800 gr-os leánymagzat. Terhességi anamnesis negatív volt, a maternek az első terhessége volt Apgar 7/9 amely nyákleszívás után rendeződik, de PIC-be szállítás történik.

Következőekben dyspnoe fokozódik, sok légúti váladék szívható be és ekkor kerül észlelésre, hogy a gyomorszonda elakad. Mellkasi röntgen igazolja a fizikális vizsgálattal feltételezett nyelőcső atresiát.

Első műtét alkalmával nehezen izolálható feltételezett trachea oesophagealis fistula a trachea középső magasságában. Ezen képlet ellátása során a trachea sérül, megnyílik, amelyet több öltéssel zárunk. Nyaki oesophagostomával és gastrostomiával fejezzük be a műtétet.

A posztoperatív szakban észlelésre kerül, hogy a gyomorszondán levegő ürül, kézi átlélegeztetésre a has felpuffad. Újabb műtétet végzünk, amelynek során UK levezetés segítségével sikerül a fistulát izolálni, amely a bifurcatioba nyílik.

Fokozódó mennyiségű váladék mellett dyspnoe, ezért bronchoscopiát végzünk: A trachea varrat magasságában sarjszövetet észlelünk, ennek részleges eltávolítása történik idegentest fogóval.



4. ábra  
„Virtuális  
bronchoscopy”  
kifejezett trachea  
stenosist mutat

A továbbiakban a sarjszövet képződés miatt ismételt bronchoscopiák történnek, annak eltávolítása céljából. Észlelésre kerül a deformált bifurcatio, amelynek

közepén mély, tölcsérszerű behúzódás látható. A trachea középső magasságában elsősorban sarjszövet okozta kifejezett szűkület, amelyet CT vizsgálattal, „virtuális bronchoscopiával” teszünk láthatóvá (4. kép).

Több bronchoscopos leszívás után sikerült extubálni és két hónapig tubus nélkül van úgy, hogy hazaadásra is sor kerül.

Hurut kapcsán újabb intubálásra kényszerültünk, amelyet azóta sem tudunk megszüntetni. Bronchoscopos vizsgálatok során a korábban sérült trachea magasságában heges, körkörös szűkület alakult ki, amelynek esetleges sámfázását a továbbiakban estünk következő előadója, *Márialigeti dr.* vállalt.

Az eset nem csak a bronchoscopia diagnosztikus segítségével miatt tanulságos, hanem amiatt a terápiás lehetőség miatt is, amellyel a sarjszövetek eltávolítása révén átmenetileg extubálni is sikerült a beteget.